Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Chrzęstniak wielkości główki dziecięcéj wychodzący z kości gnykowéj.

Podał
Dr. Ignacy Link,
lekarz pułkowy, obecnie operator w téjże klinice.

W bieżącym roku szkolnym obserwowano w klinice chirurgicznéj w Krakowie przypadek chrzęstniaka wychodzącego z kości gnykowéj, wielkości główki dziecięcéj. Umiejscowienie i wielkość guza wywołały z jednéj strony znaczne zaburzenia w czynnościach sąsiednich narządów, z drugiéj zaś usunięcie nowotworu i następowe leczenie było połączone z licznemi trudnościami. Jeżeli przypadek ten już z tego powodu zasługuje na uwagę, to tém większe jeszcze budzi on zajęcie, gdyż chrzęstniaki wychodzące z kości gnykowéj niezawodnie należą do najrzadszych przypadków; nie mogłem bowiem nigdzie w dostępnéj mi literaturze znaleźć wzmianki, aby miejscem wyjścia tego nowotworu była kość gnykowa.

W. L., 40-letni wyrobnik, podaje, że pochodzi z rodziców zdrowych i że do 30 roku życia nie przebywał żadnych znaczniejszych chorób. W rodzinie chorego, o ile mu jest wiadomém, nowotwory dotychczas się nie pojawiały. W 31

roku życia zauważył chory w lewéj okolicy podszczękowéj guzek wielkości fasoli dość miękki, na który jednak dalszéj uwagi nie zwracał, gdyż wówczas jeszcze ani bólu ani jakichkolwiek innych dolegliwości nie doznawał. Przez 4 lata guz się wcale nie zmieniał, ani téż nie zwiększał. Późniéj ednak zaczął róść powoli, w ostatnim zaś roku nagle się powiększył, a chory począł doznawać w guzie od czasu do czasu bólów kłujących. Chory stanowczo zaprzecza, aby doznał kiedykolwiek jakiego urazu w okolicy guza.

Skoro guz do nadmiernéj wielkości doszedł i choremu począł sprawiać trudności przy mówieniu i połykaniu, wówczas szukając pomocy lekarskiéj zgłosił się on do tutejszéj kliniki. Stan chorego w dniu przyjęcia 30 grudnia 1885 był następujący: Mężczyzna wzrostu średniego o cerze blado żółtéj, skąpéj podściółce tłuszczowéj, słabo rozwiniętych mięśniach a silnéj budowie kośćca. Całą przednią i lewą połowę szyi zajmuje guz wielkości główki dziecięcéj. Guz ten rozciąga się w kierunku poziomym od lewego wyrostka sutkowego aż do prawego kąta szczęki dolnéj, ku dołowi zaś dochodzi na dwa palce powyżéj *fossa jugularis* i do lewego obojczyka; pokrywa on całą przednią i lewą połowę kości gnykowéj i krtani i przechodzi swą wypukłą zwisającą płaszczyzną tak ponad górném wejściem do klatki piersiowéj, że sięga aż do drugiego lewego żebra. Guz w całości jest kształtu nieregularnie półkolistego a na powierzchni jego widać liczne wypuklenia. Zbitość jego twarda, chrząstkowata, w miejscu niektórych wypukleń chełbotanie. Jest on mało tylko ruchomy, z podstawą zrośnięty, przy ruchach połykowych mało się porusza. Skóra nad nim mocno napięta, trudno w fałd ująć się dająca, zresztą prawidłowa. W jamie ustnéj brak po stronie lewéj dwu zębów dwuguzikowych i dwu trzonowych. Język wyparty ku górze przez guz wypuklający się z dna jamy ustnéj a mający tę samą zbitość, co guz zewnętrzny i widocznie z nim w związku stojący. Błona śluzowa jamy ustnéj prawidłowa, wydzielanie śliny zwiększone. Lewa ściana przełyku wyparta ku stronie prawéj okazuje tę samą zbitość co guz zewnętrzny. Chory nie może

języka ku przodowi wysunąć i skarży się na znaczne dolegliwości przy połykaniu. Przy próbnéj punkcyi wydobyto z guza zewnętrznego ciecz bezbarwną, ciągnącą się, z guza zaś wewnętrznego ciecz galaretowatą. Ciecz ta badana kwasem octowym nie daje oddziaływania śluzu; badanie zaś mikroskopowe wykazało, iż składa się z istoty podstawowéj bezpostaciowéj i drobnoziarnistego rozpadu a nie zawiera żadnych składników ukształconych. Na podstawie badania zewnętrznego i drobnowidowego rozpoznano guz jako chrzęstniak wychodzący prawdopodobnie z lewego gruczołu podszczękowego.

Do wyłuszczenia guza przystąpił prof. Mikulicz 13 stycznia 1886. Cięcie w skórze 20cm. długie od kąta szczęki do zewnętrznego dolnego bieguna guza. Po dokładném podwiązaniu żył leżących w cięciu oddzielono guz częścią nożyczkami, częścią tępo od otoczenia, przyczém przyczepiny zawierające naczynia przed przecięciem podwójnie *en masse* podwiązywano. W ten sposób oddzielono wewnętrzną część guza aż do kości gnykowéj; poczém przystąpiono do oddzielenia zewnętrznego odcinka, przyczém wspólną tętnicę szyjną na przestrzeni 4cm. odsłonięto. Po ukończeniu tego aktu odpreparowano dolną część i podstawę guza, co tylko z wielkim mozołem się udało, gdyż nowotwór był w tém miejscu ściśle z otoczeniem zrośnięty; przytém przerwano na przestrzeni 3cm. błonę tarczykowo-gnykową tak, iż przez otwór w ten sposób powstały można było widzieć nagłośnię. Oddzielenie guza w górnéj części jeszcze większe sprawiało trudności i pomimo najostrożniejszego preparowania wycięto z błony śluzowéj podstawy jamy ustnéj wąski pasek 6cm. długi. Wreszcie, gdy guz był już ze wszystkich stron wolnym, przystąpiono do oddzielenia go od krtani i kości gnykowéj i teraz się dopiero okazało, że był on z tą ostatnią ściśle złączonym. Wszystkie mięśnie przebiegające jużto pod guzem jużto przez sam guz, a mianowicie *mm. biventer*, *styloglossus* i *mylohyoides*, były częściowo w stanie zaniku, częściowo zaś tłuszczowo zwyrodniałe i musiały być po większéj części usunięte. Z kości gnykowéj pozostał tylko róg wielki

prawy; nerwu podjęzykowego nie naruszono. Zatkawszy tymczasowo komunikacyję z jamą ustną i przełykiem gazą jodoformową wypłukano dokładnie całą jamę ranną 3% kwasem karbolowym, następnie zeszyto komunikacyję z przełykiem katgutem, otwór zaś na podstawie jamy ustnéj zatkano o ile możności dokładnie przez usta. Zresztą ranę w zwykły sposób drenowano, zespojono za pomocą 3 szwów płytkowych, 5 głębokich jedwabnych i powierzchownego szwu kuśnierskiego i pokryto dobrze uciskającym opatrunkiem jodoformowym.

Wyłuszczony nowotwór badano dokładnie w zakładzie patologicznym prof. Browicza. Guz waży 765gr., przedstawia się jako ciało mniéj więcéj kuliste o powierzchni nierównéj, opatrzonéj mniejszemi i większemi guzkami. Obwód w kierunku pionowym wynosi 37cm., w kierunku poziomym 42cm. Otoczony jest torebką łącznotkankową niejednakowéj grubości a oprócz tego na powierzchni jego widać pozrastane z nim mięśnie i ścięgna. Jedno ze ścięgien wchodzi w głąb samego guza jako twardy, biało połyskujący postronek. Na powierzchni guza widać nadto pod torebką przeświecające torbiele wielkości grochu do bobu wypełnione przeźroczystą galaretowatą cieczą. Na przecięciu przedstawia się guz jako twór rozmaitéj budowy a mianowicie w górnéj części spostrzegamy jamę wypełnioną ciągnącą się, galaretowatą, białawą cieczą. Ciecz ta pod mikroskopem przedstawia się jako zbiór komórek łącznotkankowych, kropelek tłuszczu i wielkiéj ilości dobrze rozwiniętych komórek chrzęstnych. Śród przekrajania nóż napotyka miejscami na znaczny opór. Powodem tego oporu są złogi wapienne nagromadzone mianowicie w samym środku guza; tu wśród tkanki chrzęstnéj napotykamy przy dokładném badaniu mocno zmieniony trzon kości gnykowéj. Badanie mikroskopowe wykazało, że guz jest chrzęstniakiem z licznemi ogniskami śluzakowatemi i torbielami.

Wewnątrz guza, jak wyżéj wspomniano, znaleziono trzon kości gnykowéj z dobrze zachowanym prawym wielkim rogiem. Po odwapnieniu za pomocą kwasu pikrynowego wi-

dzieć można na przekrojach jeszcze dobrze zachowaną okostnę. Beleczki zaś kostne są rozsunięte za pomocą nowotworowéj tkanki chrzęstnéj, która w nieregularnych ogniskach jest rozrzuconą i powoli przechodzi w masę właściwą guza, kość gnykową obrastającą. Lewy wielki róg uległ tym samym zmianom co i trzon kości gnykowéj i pozostaje w związku z tymże za pomocą tkanki chrzęstnéj. Do wnętrza guza wchodzi z torebki łącznotkankowéj kilka większych żył a w niektórych miejscach wewnątrz można widzieć małe wybroczyny.

Przebieg pooperacyjny był z początku zupełnie aseptyczny; wielkie powierzchnie ranne zlepiły się ze sobą rzeczywiście przez rychłozrost a rana cięta zgoiła się z wyjątkiem otworów drenowych *per primam.* Komunikacyje jednak z przełykiem i jamą ustną pomimo usiłowanego zamknięcia ich działały niekorzystnie na dalsze leczenie rany potrawy bowiem i napoje dostawały się przez nie do dróg oddechowych i do jamy rannéj, czemu nawet przez sztuczne żywienie za pomocą sondy żołądkowéj nie można było przeszkodzić. Do tego dołączyły się jeszcze w pierwszych dniach po operacyi objawy, które za lekkie zatrucie kwasem karbolowym i jodoformem uważać było można, a mianowicie silny zapad, apatyja, tętno przyspieszone. Objawy te jednak znikły zaraz, gdy środki te zastąpiono octanem glinowym. Drenów z tego powodu nie usuwano, otwór na dnie jamy ustnéj zatykano przy codziennéj zmianie opatrunku tamponem z gazy odtłuszczonéj; chory czuł się zdrowszym, apetyt się zwiększał, chęć do życia się obudziła. Nagle, a było to 22 dnia po operacyi, chory zaczął gorączkować, wystąpiły objawy kataru oskrzelowego obok nieznacznych bólów w klatce piersiowéj. Badanie fizyczne płuc oprócz nieznacznych objawów nieżytowych nic nieprawidłowego nie wykazało, natomiast wykryto opadnięcie ropy do śródpiersia. Założono natychmiast przez ranę na szyi długi dren aż do śródpiersia przedniego i przez takowy co drugi dzień wstrzykiwano mięszankę jodoformową (*Glycerini* 10·0, *Jodoformi* 1·0), co znakomity skutek wywarło, gdyż mięszanka podnosiła do

góry w głębi zatrzymaną ropę. Ciepłota opadła zaraz do stanu prawidłowego, a jeżeli się następnego dnia znowu nieco podniosła, to później znowu opadła tak, że tylko 34 dnia po operacyi była znowu jeszcze nieco podwyższoną. Od tego czasu chory nie gorączkował, wydzielanie się jednak ropy z śródpiersia nie chciało ustąpić; to jak również ponowne podwyższenie się ciepłoty skłoniło prof. Mikulicza do zrobienia w *jugulum* przeciwotworu, czego następstwem było zamknięcie się nietylko komunikacyi z przełykiem i jamą ustną ale także i zewnętrznego otworu. Chory był 20 marca b. r. zupełnie uleczony, pozostało mu tylko porażenie gałązek nerwu twarzowego zaopatrujących lewy kąt ust. Jakkolwiek nerw podjęzykowy nie był podczas operacyi uszkodzonym, to jednak musiał on już przedtém w skutek ucisku guza wiele ucierpieć, albowiem chory tak przed jakotéż i po operacyi nie był w stanie wymawiać głosek gardłanych.

Trudności w połykaniu istniejące przed operacyją ustąpiły zupełnie, język leży w właściwém miejscu a chory może nim dowolnie poruszać, ruchy tylko odbywają się nieco leniwie. Dwie małe blizny na szyi przypominają dawniéj istniejący duży guz.

Pomimo dokładnego przejrzenia dostępnéj mi literatury nie mogłem znaleźć podobnego przypadku, jak już wyżéj wspomniałem. Otwarcie mówiąc i my przed operacyją nie myśleliśmy o tém, aby chrzęstniak ten wychodził z kości gnykowéj. Z powodu wielkości guza dokładne oznaczenie jego punktu wyjścia było naturalnie wprost niemożliwém. Ponieważ jednak nowotwory chrzęstne w téj okolicy najczęściéj z gruczołu podszczękowego wychodzą, dla tego przypuszczaliśmy, że i nasz guz tu ma punkt wyjścia a w tém zgodziliśmy się zupełnie z wszystkimi autorami.

Riedel (*Deutsche Chirurgie*, zesz. 36, § 42) o chrzęstniakach na szyi tak się wyraża: „Zupełnie czyste formy chrzęstniaków zdarzają się tylko rzadko albo znajdujemy chrząstkę w włókniakach albo téż tkanka kostna rozwija się w chrzęstniakach. Małe chrzęstniaki można słusznie za szczątki łuków skrzelowych uważać“. Heusinger opisuje podobny

preparat z noworodka przedstawiający guz złożony z czystéj chrząstki a zawierający setki małych torbieli. Reszta bierze swój początek z części chrzęstnych kręgosłupa; także gruczoły leżące w bliskości gruczołu przyusznego względnie podszczękowego bywają uważane za punkt wyjścia tych nowotworów; być może że i tu, jak w wspomnianych gruczołach ślinnych, mamy do czynienia z zbłąkanemi ogniskami zarodkowemi późniéj się dopiero rozwijającemi. Według Billrotha (*Allgem. chirurg. Pathologie u. Therapie* XI wyd. następnie *Chirurgische Klinik*, 1879) chrzęstniaki zdarzają się w następujących narządach i według częstości w następującym porządku: 1) Na falangach palców i kościach śródręcza (daleko rzadziéj na stopie). 2) Na kości udowéj i miednicowych; tu dochodzą guzy do bardzo znacznych rozmiarów. 3) Na kościach twarzy, jeszcze rzadziéj czaszki. 4) Na żebrach i łopatce. 5) Rzadko w torebkach ścięgnistych. 6) W jądrze, jajniku, sutku i śliniankach. O chrzęstniakach kości gnykowéj wcale nie wspomina. Lücke (*Pitha-Billroth Lehrbuch der Chirurgie. Lücke, Die Lehre von den Geschwülsten*) również nie czyni ani wzmianki o chrzęstniakach téj kości. Wagner (*Archiv der Heilkunde*, (1861), str. 283) widział chrzęstniak dna jamy ustnéj, który jednak w żadnym związku nie stał z kością gnykową. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste*) widział chrzęstniaki wychodzące z chrząstek krtaniowych, zdaje się jednak, że chrzęstniaka z téj kości wychodzącego wcale nie napotkał. Mackenzie (*Die Krankheiten des Halses u. der Nase*. Na niemieckie przełożył Semon. Berlin) obserwował chrzęstniak wychodzący z chrząstki obrączkowéj i rozrastający się wzdłuż przedniéj ściany tchawicy ku dołowi. I Rokitansky (*Lehrbuch der pathol. Anatomie*, 3 wyd., t. I) nie wspomina wcale o chrzęstniakach kości gnykowéj. Volkmann (*Beiträge z. Chirurgie*, 1875) opisuje przypadek chrzęstniaka śluzakowo-mięsakowatego (*chondroma myxosarcomatosum*) w okolicy podszczękowéj lewéj w górnym trójkącie szyjnym lewym usadowionego; punkt wyjścia nie jest dokładnie oznaczonym, według opisu jednak nie może nim być żadną miarą kość

gnykowa. Paget (Cannstata roczniki, t. IV z r. 1851) utrzymuje, że chrzęstniaki tylko w następnych narządach pojawiają się: na kościach długich, na szczęce i kościach ręki, w gruczole przyusznym rzadziéj podszczękowym, a wreszcie w jądrze. Nélaton (*Elements de pathologie chirurgicale*, 2 wyd., 1876, t. IV), Birch-Hirschfeld (*Eulenburg Encyklopädie*, t. III, 1880) i inni również chirurdzy nie wspominają wcale o chrzęstniakach kości gnykowéj. König (*Lehrbuch der speziell. Chirurgie*, 1885, t. I, str. 554), omawiając guzy stałe na szyi, o chrzęstniakach mówi tylko tyle, iż są one rzadkie i że można je za zbłąkane ogniska uważać. Albert (*Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre* z r. 1880) przytacza chrzęstniaki szczęki, gruczołu przyusznego, podszczękowego, sutka, łopatki, ramienia, miednicy i jądra. O chrzęstniaku kości gnykowéj zdaje się również nic nie wiedzieć.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“.

Kraków 1886. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza